

Oświadczenie

Podpisując to oświadczenie, upoważniam Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. do pozyskiwania informacji dotyczących mnie lub mojego dziecka o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego od: innych zakładów ubezpieczeń, podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz lekarzy.

Moje upoważnienie dotyczy w szczególności:

- ustalenia stanu zdrowia,
- weryfikacji podanych przeze mnie danych,
- potwierdzenia okoliczności związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, z przyczyn uzasadnionych treścią umowy ubezpieczenia,
- udzielania w takim zakresie informacji na mój temat innym zakładom ubezpieczeń.

Oświadczenie, które składam, jest nieodwołalne i nie wygasa z chwilą śmierci. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe, zgodne z moją wiedzą i zostały przekazane w dobrej wierze.

Adres mojego lekarza rodzinnego lub placówki Podstawowej Opieki Zdrowotnej:

Oświadczam, że podany w zgłoszeniu numer rachunku bankowego jest poprawny i na ten rachunek powinno zostać przekazane świadczenie.

czytelny podpis

data podpisania